CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1907)

(Section de Pathologie externe et d'Accouchement)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr André LATARJET

Ex-Interne des Hôpitaux,
Chargé des fonctions de Prosecteur à la Faculté
de Lyon.

LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

1907

2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

DOCTEUR EN MÉDECINE
(1906)

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ
(1903-1904)

AIDE D'ANATOMIE
(1904-1907)

CHARGÉ DES FONCTIONS DE PROSECTEUR
(1905-1906-1907)

TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HÔPITAUX
(Concours de 1897)

INTERNE DES HÔPITAUX
(Concours de 1901)

ENSEIGNEMENT

En qualité d'Aide d'Anatomie :

CONFÉRENCES D'ANATOMIE
(1903-1906)

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE
(1903-1906)

En qualité de Prosecteur :

CONFÉRENCES D'ANATOMIE, DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
(1905-1907)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement par le cacodylate de soude *(Lyon médical,* 1900, t. II, p. 370).

Ostéomyélite aiguë de l'omoplate *(Lyon médical,* 1903, t. I, p. 323).

Fractures de l'extrémité supérieure du radius. — En collaboration avec M. Gazet *(Lyon médical,* 1902, t. II, p. 485).

Psychoses d'origine thyroïdienne (Communication au Congrès pour l'avancement des sciences, Grenoble 1904; *Lyon médical,* 1904, t. II, p. 472).

Le genou dans la coxalgie. — En collaboration avec M. Duroux *(Lyon médical,* 1904, t. I, p. 52-92).

Fracture de la base du crâne avec signes de commotion et de contusion cérébrales. Guérison par la ponction lombaire *(Lyon médical,* 1904, t. II, p. 817).

Cystostomie sus-pubienne pour gros calculs vésicaux *(Gazette des Hôpitaux,* n° 74, 30 juin 1904).

Hernie épigastrique de la muqueuse de l'estomac. — — En collaboration avec M. Adenot *(Presse médicale*, 3 septembre 1904, n° 71).

Réalisation pathologique du petit estomac de Pawlow. Étude physiologique et histologique. — En collaboration avec M. Cade *(Journal de physiologie et de pathologie générale*, mars 1905, n° 2).

Du traitement de l'asphyxie par aspiration intra-trachéobronchique *(Lyon médical*, 1905, t. II, p. 307; *Société de chirurgie*, 22 juin 1905).

De la rétention de la tête fœtale. — En collaboration avec M. Trillat *(Journal de l'Obstétrique*. 1906).

Études sur les pharyngectomies (chez Delaroche et Schneider, thèse, Lyon, 1906).

Observations de mastite puerpérale de gravité exceptionnelle. — En collaboration avec M. Trillat *(Lyon médical*, 1907).

Incision de Pfannenstiel appliquée à la région sus-ombilicale *(Société de chirurgie*, février 1907).

Contribution à l'étude de la topographie de la base des ligaments larges. Recherches expérimentales sur la marche des collections. — En collaboration avec le Dr Trillat *(Société des sciences médicales*, 10 avril 1907; pour paraître dans la *Gazette des Hôpitaux)*.

Note sur la vascularisation artérielle de l'uretère. — En collaboration avec le Dr Laroyenne *(Société des sciences médicales*, 10 avril 1907).

Les pharyngectomies. — En collaboration avec le Dr VALLAS (pour paraître dans la *Revue de chirurgie*).

COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

Actinomycose de la face *(Société de médecine*, 9 juin 1902).

Hygroma suppuré métapneumonique à pneumocoque *(Société médicale des Hôpitaux*, 27 janvier 1903).

Appendicite opérée à la période aiguë *(Société des sciences médicales*, 29 avril 1903).

Néoplasme vésical, pyonéphrose double *(Société de chirurgie*, 9 juillet 1903).

Exclusion intestinale *(Société des sciences médicales*, 18 novembre 1903).

Deux cas de pylorectomie *(Société des sciences médicales*, 25 novembre 1903).

Deux cas de splénectomie *(Société des sciences médicales*, 25 novembre 1903).

Tumeur probablement d'origine sébacée siégeant dans la paroi abdominale *(Société des sciences médicales*, 16 décembre 1903).

Résultats de deux splénectomies *(Société des Sciences médicales*, 13 décembre 1903).

Rétrécissement syphilitique du rectum. Résultats éloignés de l'ablation du rectum *(Société des Sciences médicales*, 20 janvier 1904).

Fibromes multiples de l'utérus *(Société des Sciences médicales*, 20 janvier 1904).

Corps étrangers de la vessie *(Société nationale de médecine*, 7 mars 1904).

Corps étrangers de la vessie *(Société nationale de médecine*, 14 mars 1904).

Hernie de l'estomac. Abouchement de la muqueuse gastrique à la peau *(Société nationale de médecine*, 21 mars 1904).

Rhumatisme tuberculeux *(Société nationale de Médecine*, 21 mars 1904).

Myomectomie et salpyngectomie unilatérale *(Société nationale de Médecine*, 18 août 1904).

Pylorectomie *(Société nationale de Médecine*, 25 avril 1904).

Cancer du gros intestin. Résection du cœcum, du côlon ascendant et de la partie droite du côlon transverse. Guérison *(Société des Sciences médicales*, 6 juillet 1904).

Ulcère du duodénum chez un nouveau-né *(Société des Sciences médicales*, 12 novembre 1904).

Monstre double thoracopage *(Société des Sciences médicales*, 15 mars 1905).

Cancer oropharyngé *(Société de Chirurgie*, 13 juillet 1905).

Résultats éloignés d'une gastrostomie *(Société de Chirurgie*, juin 1906).

Anévryeme du creux poplité. Ablation. Guérison *(Société de Chirurgie*, 5 juillet 1906).

Pancréatite kystique avec oblitération complète du canal de Wirsung, dilatation compensatrice du canal accessoire de Santorini, oblitération incomplète du Cholédoque *(Société des Sciences médicales*, février 1907).

Exostose ostéogénique de l'extrémité supérieure de l'humérus *(Société des Sciences médicales*, février 1907).

COLLABORATION A DES THÈSES

GAZET. — **Fractures de l'extrémité supérieure du radius** (thèse de Lyon, 1903).

BIROS. — **Des psychoses d'origine thyroïdienne** (thèse de Lyon, 1904).

PEUTOT. — **Contribution à l'etude du cancer de l'angle sous-hépatique du côlon** (thèse de Lyon, 1904).

LAFARGE. — **Dystocie par monstres doubles autositaires** (thèse de Lyon, 1905).

MAHOT. — **Contribution à l'étude des luxations traumatiques de l'épaule en arrière** (thèse de Lyon, 1907).

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE

L'angle sous hépatique du Côlon.

(*In* thèse de PEUTOT, Lyon, 1904).

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. Tixier, un cancer de l'angle droit du côlon, enlevé par l'ablation totale du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié du côlon transverse, nous avons recherché le dispositif péritonéal le plus fréquent au niveau de cet angle. Nos recherches ont confirmé celles de J. L. Faure, de Jonnesco, de Buy. Le plus souvent l'angle droit est moins fixé que le gauche. Ses ligaments proprement dits sont peu vasculaires : Le ligament colique droit ou phrénico-colique est le plus constant, le ligament hépato-colique existe une fois sur quatre, le ligament cystico-colique est encore plus rare. Il n'existe pas chirurgicalement de ligament suspenseur du coude droit du côlon.

Le processus péritonéal intéressant est constitué par le méso.

Celui-ci, sans être une rareté, comme le dit Jonnesco, existe bien développé dans le quart des cas environ chez l'adulte. C'est sa présence ou son absence qui facilite ou complique les manœuvres chirurgicales préliminaires à la résection de l'angle droit.

Contribution à l'étude de la topographie de la base des ligaments larges. Recherches expérimentales sur la marche des collections.

(En collaboration avec le Dr Trillat ; pour paraître dans la *Gazette des Hôpitaux.*)

Nous avons établi à l'aide d'injections de liquide coloré le rôle des vaisseaux utérins entourés de leurs dépendances fibreuses au point de vue du cloisonnement de la base des ligaments larges. Ces vaisseaux forment une cloison transversale haute de 4 à 7 centimètres sur les bords utérins, que limitent deux espaces, l'un antérieur, l'autre postérieur.

a) En effet : les injections *pratiquées derrière le feuillet antérieur* péritonéal, en avant des vaisseaux à 2 centimètres du bord utérin s'étendent latéralement sur les côtés de la vessie, fusent vers la partie antérieure de la fosse iliaque interne et gagnent dans la profondeur les culs de sac latéraux.

Le feuillet postérieur ne bombe pas.

b) Les *injections pratiquées sur la ligne médiane* en avant du col fusent des deux côtés, mais respectent le feuillet postérieur.

Dans ces deux cas l'utérus se met en rétroversion.

c) Les *injections pratiquées sous le feuillet postérieur du ligament large* restent cantonnées derrière

l'utérus, entourent le rectum et fusent latéralement vers les échancrures sciatiques

La coupe verticale des ligaments larges montre

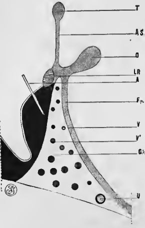


Fig. 1. — Schématique.

Coupe transversale du ligament large, à 7 centimètres du bord utérin. *T*, trompe; *AS*, aileron supérieur; *O*, ovaires; *LR*, ligament rond; *Fp*, feuillet postérieur du ligament large; *VV'*, vaisseaux; *Gh*, gaine hypogastrique; *U*, uretères; *A*, Aiguille plongeant sous le feuillet antérieur soulevé par le liquide injecté.

dans cette série d'expériences que les vaisseaux utérins et leur charpente fibreuse forment une cloison que ne traversent pas les liquides colorés.

d) Les *injections pratiquées dans l'aileron supérieur*,

dédoublent les deux feuillets du ligament large, mais difficilement, car il existe peu de tissu cellulaire entre les lames séreuses.

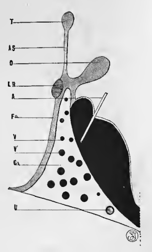


Fig. 2. — Schématique.
Coupe transversale du ligament large, passant à 1 centimètre du bord utérin.

T, trompe; *AS*, aileron supérieur; *O*, ovaire; *LR*, ligament rond; *Fa*, feuillet antérieur du ligament large; *VV'* vaisseaux; *Gh*, gaine hypogastrique; *U*, uretère; *A*, aiguille plongeant sous le feuillet postérieur soulevé par le liquide injecté.

Ces expériences sont intéressantes, car elles montrent le rôle des vaisseaux utérins dans la marche des collections nées dans le paramètre : ce sont eux qui

déterminent en clinique leur marche antérieure vers les faces latérales de la vessie, et la partie antérieure de la fosse iliaque interne lorsqu'ils naissent au devant d'eux.

Recherches anatomiques sur les artères de l'uretère

(En collaboration avec M. Laroyenne)
(*Société des sciences médicales*, 10 avril 1907.)

Nos premières recherches faites exclusivement sur des sujets adultes nous ont montré que les sources artérielles multiples de l'urétère sont divisibles en deux groupes :

I. *Vaisseaux longs.* — Ce sont les artères nourricières proprement dites de l'urétère. Ils sont schématiquement au nombre de deux :

a) L'artère rénale où l'une de ses branches donne à la partie supérieure de l'uretère deux branches, dont l'antérieure, la plus importante descend jusqu'à l'entrecroisement de l'artère spermatique : nous l'avons appelée *artère urétérale supérieure.*

b) L'artère hypogastrique et plus rarement l'artère iliaque interne donnent une branche importante que nous appelons *artère urétérale inférieure ;* arrivée sur l'uretère un peu au-dessous du dehort supérieur, elle se divise en deux branches : ascendante et descendante

II. *Vaisseaux courts.* — Ils proviennent : 1° des vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens ; 2° des artères vésicales inférieures, vésiculo-déférentielles chez l'homme ; des vésicales inférieures, de l'utérine et de ses branches chez la femme.

Les artères de l'uretère en atteignant le conduit se

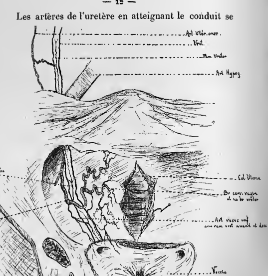


Fig. 3. — Vascularisation artérielle de la portion terminale de l'uretère chez la femme.

L'artère uretérale inférieure n'a pas été représentée. Seule l'anastomose de sa branche descendante avec une branche née de l'utérine est figurée.

ramifient immédiatement en deux branches ascendante et descendante, parallèles à sa direction.

Cette étude faite en vue de rechercher pourquoi

l'uretère dénudé, se mortifie rarement, montre que le conduit urétéral doit cette immunité relative aux dispositions anatomiques de sa vascularisation.

Les deux artères longues irriguent la presque totalité de l'uretère. Leur trajet est peu exposé, car elles

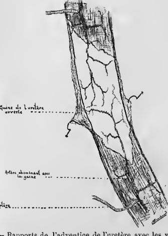


Fig. 4. — Rapports de l'adventice de l'uretère avec les vaisseaux. A la partie moyenne, l'adventice est incisée et laisse les vaisseaux découverts.

gagnent directement ce conduit sans *s'attarder dans l'atmosphère cellulo-graisseuse* qui l'entoure. Après l'avoir atteint elles se bifurquent en deux branches ascendante et descendante qui adhèrent intimement à la paroi musculaire de l'uretère où plongent les

ramuscules de troisième ordre. On ne saurait les blesser sans intéresser ce conduit lui-même. *Elles sont situées au-dessous de la gaîne adventice. Celle-ci à l'inverse des gaînes artérielles ne contient pas les vaisseaux nourriciers de l'uretère qui ne font que la traverser.*

Dans la portion tout inférieure où il est irrigué par des branches courtes venues des vésicales et de l'utérine, l'uretère est protégé contre la mortification par la petite étendue de cette région et par la multiplicité des sources vasculaires.

Hsrnie épigastrique de la muqueuse de l'Estomao. Réalisation pathologique du petit estomao de Pawlow. — Etude physiologiqus et histologique.

(*Presse médicale*, 3 septembre 1904; *Journal de physiologie et de pathologie générale*, mars 1905)

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le professeur Poncet, un cas unique, et d'un grand intérêt, tant au point de vue pathologique qu'au point de vue physiologique et histologique.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans qui présentait à la région épigastrique une hernie de la muqueuse de l'estomac datant de l'enfance. A l'âge de trois mois, Joséphine D... a présenté une *hernie étranglée de l'estomac* qui s'est ouverte spontanément à la peau : le diverticule hernié s'est séparé peu à peu du grand estomac tout en conservant ses connexions vasculaires et nerveuses avec l'organe. L'intervention nous a montré les détails anatomiques que nous reproduisons dans le schema ci-joint. L'ouverture diverticulaire représente la muqueuse en ectropion à 2 centimètres

au-dessus de l'ombilic. Le fond du cæcum est séparé de la grande cavité gastrique par un noyau cicatriciel dense, tandis que les parois musculaires et séreuses sont en continuité avec les parois homologues de l'estomac.

Ce fait démontre la possibilité de la *hernie épigastrique de l'estomac*, niée par beaucoup, en tous cas

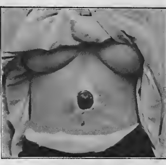


Fig. 5. — Photographie de la lésion.

d'une extrême rareté. La partie étranglée était voisine de la petite courbure, cette disposition a permis l'alimentation, et l'existence de l'enfant, avant qu'il ne se soit établi une fermeture cicatricielle entre les deux cavités, la fistule ne laissant passer qu'une faible partie du lait ingéré.

Avant l'intervention, l'étude du liquide sécrété par ce diverticule nous a révélé les caractères du suc gastrique : nous avons profité de ce cas exceptionnel qui



Fig. 6. — Hernie épigastrique du petit estomac.

réalisait chez l'homme le dispositif créé par Pawlow chez le chien, pour contrôler les expériences de cet

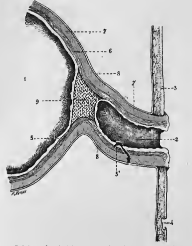


Fig. 7. — Schéma destiné à montrer la séparation des deux muqueuses et la continuité des tuniques musculaire et séreuse réalisant le petit estomac de Pawlov. Ce schéma a été exécuté d'après des constatations anatomiques précises faites au cours de l'opération.

1, grand estomac; 2, cavité du diverticule stomacal isolé secondairement; 3, paroi abdominale; 4, ombilic; 5, muqueuse de l'estomac; 5', muqueuse du diverticule; 6, sous-muqueuse; 7, tunique musculaire; 8, péritoine; 9, tissu fibreux intermuqueux cicatriciel.

observateur, et étudier la sécrétion du suc gastrique sous l'influence alimentaire et psychique. Après l'intervention, l'étude histologique de la muqueuse a vérifié

sa structure stomacale modifiée et adaptée à ses nouvelles conditions anatomiques.

Physiologie. — De nos expériences nombreuses, nous avons établi les conclusions suivantes :

1° Il est possible chez l'homme à un diverticule de l'estomac complètement isolé de l'organe, *mais qui a conservé ses connexions vasculaires et nerveuses*, de fonctionner indéfiniment.

La fonction, bien qu'inutile et inutilisable, ne cesse pas, grâce à la persistance des conditions nécessaires à son existence;

2° Les analyses du suc diverticulaire nous ont montré les faits suivants :

a) La sécrétion glandulaire augmente rapidement après l'ingestion des aliments. Cette augmentation débute un *quart d'heure après les premières bouchées*, suit une courbe ascendante pendant les deux heures qui suivent le repas. Pendant cette ascension, le liquide devient très clair et de moins en moins visqueux:

b) Le suc gastrique est constamment acide, faiblement à jeun : 0,15 à 0,20 pour 1000; fortement une heure après le repas : 1,60 à 1,95 pour 1000;

c) A jeun, l'acidité du suc gastrique est due vraisemblablement à l'acide lactique; en tout cas, l'acide chlorhydrique n'existe pas ou n'est pas décelable lorsque l'estomac ne fonctionne pas;

d) Les repas riches en viande semblent augmenter sensiblement l'acidité totale et la quantité d'acide chlorhydrique libre;

e) L'*ingestion du lait* s'accompagne toujours de la sécrétion du *lab-ferment*.

f) Enfin, nous avons pu, par la *suggestion prolongée d'images gustatives* vérifier l'*existence de la sécrétion psychique*. L'imagination, le rappel longtemps prolongé des saveurs préférées, des mets les plus goûtés, provoque la sécrétion d'un suc d'appétit, véritable suc actif de digestion.

Histologie. — L'étude physiologique nous avait montré qu'un diverticule gastrique, accidentellement séparé, du reste de la poche stomacale et ne recevant aucun aliment depuis près de vingt ans, avait continué à fonctionner, et cela dans les mêmes conditions que normalement.

Nous devions donc prévoir que ce diverticule gastrique avait dû conserver une structure analogue à la structure normale. Nous devions également supposer que les parties de ce diverticule, placées au voisinage immédiat de son orifice cutané, avaient dû subir des modifications en rapport avec leur situation nouvelle et le nouveau mode de fonctionnement que leur imposait celle-ci.

Nous avons étudié : la *partie profonde du diverticule*, la *partie intermédiaire*, l'*orifice cutanéo-muqueux*.

Cette étude nous a montré que les constatations histologiques étaient en accord complet avec les résultats physiologiques.

La muqueuse de la partie profonde du diverticule ne diffère en rien de la structure de la muqueuse normale de l'estomac, la morphologie glandulaire n'est pas altérée.

Dans la portion intermédiaire, la lumière des tubes glandulaires devient plus large, plus régulière; les cellules plus claires, moins hautes, ne présentent plus, en général, que des traces de différenciation ergastoplasmique; les cellules bordantes se raréfient de plus en plus. Enfin, au niveau de la partie orificielle, la muqueuse a subi de grandes modifications : la lumière glandulaire est large et profonde, les cellules deviennent franchement cubiques : muqueuse et glandes prennent le type *nettement pylorique ou mieux orificiel* en raison de la grande loi biologique de l'adaptation de l'organe à la fonctionnalité : ce sont les mêmes phénomènes qu'on observe au niveau de l'orifice d'une gastrostomie ou d'une gastro-entéro-anastomose.

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE

I. — CHIRURGIE DE LA TÊTE ET DU COU

Étude sur les pharyngectomies.

Chez Scheider, 1906. Travail inaugural.

Dans notre travail inaugural de 243 pages, nous avons étudié les principaux procédés de pharyngectomies. Nous avons fait, dans le laboratoire de médecine opératoire du professeur M. Pollosson, une série de recherches cadavériques sur les voies d'abord de l'oro-pharynx et du laryngo-pharynx.

Au point de vue clinique, nous avons examiné toutes les observations importantes de cancer étendu du pharynx, et y avons ajouté trente-cinq observations inédites dues à la statistique de notre maître M. Vallas.

Nous avons classé les différents modes des pharyngectomies de la façon suivante :

A. — *Pharyngectomies antérieures.*

I. *Hautes :*

a) Voie naturelle ;

b) Voie naturelle et génienne.

Procédé de Jaeger.

Procédé de Maunoury-Verneuil.

II. *Moyennes :*

a) Sans section du maxillaire;

Procédé de Regnoli-Richet.

Procédé de Jérémisch.

b) Avec section du maxillaire.

Procédé Sédillot-Kocher.

III. *Basses :*

Avec section médiane de l'os hyoïde.

Procédé de Vallas.

IV. *Combinées :*

Section transmaxillaire et transhyoïdienne médiane.

Procédé personnel.

B. *Pharyngectomies latérales.*

I. *Hautes :*

a) Sans résection.

Voie sous-angulo-maxillaire.

Procédé de Jaboulay.

b) Avec résection partielle de l'angle.

Procédé personnel.

c) Avec sciage du maxillaire;

Procédé Langenbeck et tous ses dérivés.

Procédé Krönlein.

Procédé Orlow.

d) Avec résection du maxillaire.

Procédé de Polaillon.

Procédé de MICKULICZ.
Procédé de VALLAS.

II. *Basses :*
Avec *hémi-résection de l'os hyoïde.*
Opération de VALLAS.

C. *Pharyngo-laryngectomie.*

Ablation totale du larynx et d'une portion plus ou moins étendue du pharynx. Procédé de GLUCK, modifié.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Après avoir envisagé quelques points spéciaux de l'anatomie du pharynx (plan de clivage postérieur, plan de clivage latéral, rapports osseux), nous avons examiné les considérations cliniques importantes au point de vue thérapeutique. De même que dans le cancer utérin, l'opérabilité des néoplasmes pharyngés doit être reculée. Ses limites sont fixées par la trop grande extension des lésions, et surtout par l'adhérence des ganglions à la colonne vertébrale et à la base du crâne. L'adhérence aux gros vaisseaux n'est pas une contrindication absolue.

Nous avons rejeté les opérations préliminaires, ligature de la carotide, trachéotomie préventive, de même que les opérations en deux temps.

Enfin, après avoir examiné les moyens d'éviter la broncho-pneumonie post-opératoire (canules, tubage, trachéotomie, exclusion de la trachée, etc.), nous avons étudié spécialement la technique opératoire.

Les idées directrices de l'ablation du cancer du

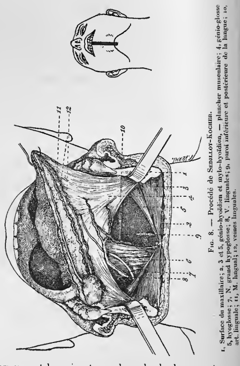


Fig. 8. — Procédé de Sedillot-Kocher.

1, Surface du maxillaire; 2, 3 et 5, génio-hyoïdien et mylo-hyoïdien, — plancher musculaire; 4, génio-glosse 5, hyoglosse; 7, N. grand hypoglosse; 8, V. linguales; 9, paroi inférieure et postérieure de la langue; 10, art. linguale; 11, M. lingual; 12, veines linguales.

pharynx sont les suivantes : enlever le plus largement possible la tumeur des ganglions et du tendon lympha-

tique qui les réunit, respecter les défenses respiratoires anatomiques afin d'éviter la bronchopneumonie.

Les *pharyngectomies antérieures hautes et moyennes* ne s'adressent qu'à des cas exceptionnels. Parmi les différents procédés, c'est celui de Sédillot-Kocher avec section médiane du maxillaire qui doit être le procédé de choix. Par cette voie (fig. 8) on peut évider complètement le plancher de la bouche en respectant la sangle mylo-hyoïdienne.

La marche progressive permet d'aborder le voile et la langue tout entière. L'hémorragie est insignifiante, l'hémostase est très simple.

Mais cette voie ne donne aucun jour sur la paroi latérale du pharynx, paroi qui est le siège le plus fréquent des néoplasmes pharyngés hauts. La section médiane de l'os entraîne souvent la plupart des inconvénients attachés aux sections osseuses en milieu septique.

Enfin il est nécessaire, pour que l'opération soit complète, de lui ajouter des incisions latérales destinées à l'ablation des ganglions.

Les *pharyngectomies antérieures basses* nécessitent la *voie transhyoïdienne, pratiquée par Vallas, dès 1895*. La section de l'os hyoïde donne un jour considérable sur *toute la partie antérieure* de l'épiglotte et la base de la langue. L'opération est simple et doit remplacer la pharyngectomie sous-hyoïdienne de Malgaigne : la section de l'os hyoïde ne réclame aucune suture, la consolidation se fait par un cal osseux ou fibreux. Aucun des malades opérés n'a eu de trouble consécutif.

Dans des cas rares, les cancers antérieurs occupant

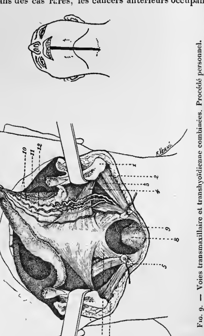


Fig. 9. — Voies transmaxillaire et transhyoïdienne combinées. Procédé personnel.

(Les vaisseaux et nerfs du côté droit n'ont pas été représentés.) Sur la face externe de l'hypoglosse apparait l'artère lingual, où il est facile de la lier à ce niveau, dans le champ opératoire.

1, maxillaire sectionné; 2, M. génio-hyoïdien; 3, M. mylo-hyoïdien; 4, M. génio-glosse; 5, os hyoïde sectionné; 6, M. hyoglosse; 7. M. intrinsèques de la langue; 8, Epiglotte; 9, paroi postérieure du pharynx; 10, veines linguales; 11, N. grand hypoglosse; 12, artère linguale.

l'épiglotte et la base de la langue sans adhérences osseuses et sans propagation latérale, on peut combiner

la voie transmaxillaire médiane à la voie transhyoïdienne (fig. 9).

Procédé personnel. — *1er temps :* Incision verticale et médiane allant du milieu de la lèvre inférieure au milieu de l'os hyoïde.

2e temps : Section des plans superficiels et séparation à la sonde des mylo-hyoïdiens.

3e temps : Sciage de l'os hyoïde et du maxillaire sur la ligne médiane. Après écartement des surfaces osseuses, on lie les linguales qui apparaissent dans la plaie.

4e temps : Ouverture de la muqueuse pharyngée.

5e temps : Ablation partielle ou totale de la langue et de l'épiglotte.

Ce procédé augmente l'écartement réciproque des surfaces osseuses sectionnées : les deux portions du maxillaire et de l'os hyoïde s'écartent davantage que lors de leur section isolée. Il ne compromet pas la sangle mylo-hyoïdienne ; mais il comporte les mêmes inconvénients que le Sédillot-Kocher et réclame des incisions latérales pour pratiquer l'ablation des ganglions.

PHARYNGECTOMIES LATÉRALES

1° Pharyngectomies latérales hautes

I. — Le *procédé sans résection du maxillaire* ou *procédé de Jaboulay* consiste à aborder l'amygdale en passant sous l'angle de la mâchoire, et en utilisant l'espace ptérygoïdien situé en avant du digastrique et

du stylo-hyoïdien qui protègent les vaisseaux. L'index insinué derrière l'angle du maxillaire inférieur se dirige en avant, en haut et en dedans, décolle l'amygdale de sa loge ; une fois isolée, le chirurgien n'a qu'à la cueillir dans la cavité buccale avec les doigts de l'autre main.

Pour donner plus de jour à ce procédé, qui ne s'adresse qu'aux tumeurs très limitées de l'amygdale et en particulier aux tumeurs sarcomateuses, lisses, mobiles et arrondies, mais rares, nous avons proposé de réséquer l'angle de la mâchoire, en totalité, ou mieux partiellement afin de conserver le rebord alvéolaire.

II. *Procédé sous-angulo maxillaire avec résection partielle de l'angle de la mâchoire. Procédé personnel.* — On fait une incision curviligne passant en arrière de la mâchoire et contournant l'angle. Par cette incision on pratique l'ablation des ganglions et la ligature des vaisseaux.

On relève le lambeau supérieur, et l'on conserve, grâce à la rugine la sangle ptérygo-massétérine. Lorsque l'angle est dégagé sur une hauteur et une largeur suffisante, on pratique à la scie une résection osseuse trapézoïdale respectant le rebord alvéolaire. Cette résection facile découvre toute la région amygdalienne et a l'avantage de ne pas compromettre la continuité osseuse (fig. 10).

III. *Les pharyngectomies avec sciage du maxillaire ou procédé allemand*, préconisées par Langenbeck, modifiées par Krönlein et Orlow, donnent un jour

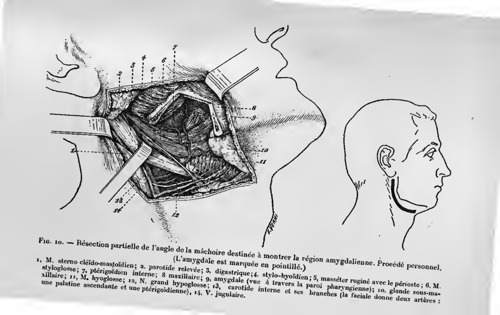


Fig. 10. — Résection partielle de l'angle de la mâchoire destinée à montrer la région amygdalienne. Procédé personnel.
(L'amygdale est marquée en pointillé.)

1, M. sterno cléïdo-mastoïdien; 2. parotide relevée; 3, digastrique; 4. stylo-hyoïdien; 5, masséter ruginé avec le périoste; 6. M. styloglosse; 7. ptérigoïdien interne; 8 maxillaire; 9, amygdale (vue à travers la paroi pharyngienne); 10. glande sous-maxillaire; 11, M. hyoglosse; 12, N. grand hypoglosse; 13, carotide interne et ses branches (la faciale donne deux artères : une palatine ascendante et une ptérigoidienne), 14, V. jugulaire.

considérable sur l'oropharynx, mais ce jour n'est



Fig. 11. — Incision et résection du maxillaire par le procédé de Vallas.

obtenu qu'en sacrifiant l'orbiculaire des lèvres, et en sectionnant la joue, ce qui détruit une des défenses respiratoires de premier ordre ; le malade ne peut

expulser les mucosités. De plus, la section de la



Fig. 12. — L'hémisection pratiquée laisse voir le néoplasme pharyngé propagé à la base de la langue.

mâchoire entraîne facilement des fistules osseuses très longues à guérir.

Pour toutes ces raisons, nous voyons que dans la

majorité des néoplasmes oropharyngés, le procédé de choix est celui qui s'accompagne de résection plus ou moins étendue du maxillaire inférieur. Voici le manuel opératoire que nous préconisons (fig. 11-12) :

Premier temps. — Incision verticale le long du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, partant de l'apophyse mastoïde et aboutissant à la corne supérieure du cartilage thyroïde. Incision horizontale perpendiculaire à la précédente à 1 centimètre du bord inférieur de la mâchoire.

Deuxième temps. — Les deux lambeaux cutanés sont isolés.

Troisième temps. — Dissection des ganglions carotidiens et sous-maxillaires, ablation de la glande. Ligature des vaisseaux.

Quatrième temps. — Résection du maxillaire inférieur en conservant la sangle ptérygo-massétérine.

Cinquième temps. — On découvre toute la paroi pharyngée et l'on pratiquera au dernier temps l'ablation de la tumeur non séparée de ses connexions osseuses et ganglionnaires.

Réunion de la muqueuse pharyngée à la muqueuse inférieure de la langue, afin de reconstituer une cavité isolée de la plaie. Ce procédé présente des variantes dans l'étendue de la résection, suivant le siège et l'étendue du néoplasme.

Ce procédé opératoire, dont la base est *la résection définitive* d'une partie du maxillaire inférieur, et non pas comme en Allemagne, la section temporaire de cet os, a été combinée pour répondre aux indications suivantes :

1° Aborder la tumeur par la limite extrême de ses prolongements ganglionnaires, la tourner par la périphérie en la séparant, dès le début, de ses relations avec les gros troncs vasculaires du cou;

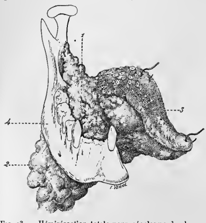


Fig. 13. — Hémirésection totale pour néoplasme du pharynx avec envahissement lingual. (Pièce faite d'après nature.)

1, néoplasme; 2, envahissement ganglionnaire; 3, langue; 4, maxillaire.

2° Permettre l'ablation simultanée en un seul bloc de la tumeur, de ses ganglions et des territoires lymphatiques intermédiaires;

3° Se maintenir exclusivement cervical, respecter la face et le contour orbiculaire, ce qui présente de grands avantages au point de vue du fonctionnement de la

bouche et des lèvres dans les jours qui suivent l'opération, et ce qui assure pour plus tard une réparation beaucoup plus esthétique de ces grands délabrements.

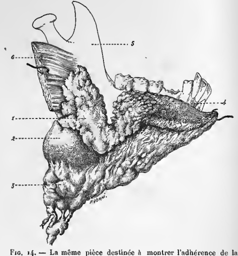


Fig. 14. — La même pièce destinée à montrer l'adhérence de la tumeur au maxillaire, et la nécessité de pratiquer l'hémirésection totale dans les cas de néoplasmes si étendus.

1, néoplasme; 2, ganglions; 3, ganglions; 4, langue; 5, maxillaire; 6, ptérygoïdien interne.

II. Pharyngectomies latérales basses ou hémirésection de l'os hyoïde

Cette opération, encore peu pratiquée, est due à

M. Vallas qui l'a faite le premier en 1900. Née des mêmes principes qui viennent d'être exposés, elle comprend l'hémirésection de l'os hyoïde. Nous en avons fixé les différents temps de la façon suivante :

Premier temps. — Incision verticale le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à l'angle inférieur du cartilage thyroïde. Incision horizontale perpendiculaire à la précédente suivant l'hyoïde et se relevant en haut suivant la ligne médiane ; on a ainsi une incision rappelant la forme d'un *y*.

Deuxième temps. — Ablation des ganglions. Ligature de la linguale, de la laryngée supérieure ou de la thyroïdienne supérieure.

Troisième temps. — Désinsertion des muscles sus- et sous-hyoïdiens. Section de l'os hyoïde sur la ligne médiane. Bascule de l'os en dehors, ablation aux ciseaux.

On protège le nerf laryngé externe reconnu.

Quatrième temps. — Ouverture de la muqueuse pharyngée.

Cinquième temps. — Sutures muqueuses et musculaires.

Grâce à l'ablation de l'os hyoïde, les lambeaux cutanés et musculaires supérieurs remontent à la façon d'un rideau, le lambeau inférieur s'abaisse et l'on découvre l'épiglotte, la base de la langue, la partie postérieure du voile du palais en haut ; en bas, l'orifice du larynx les gouttières laryngo-pharyngées sont accessibles (fig. 15).

Ce procédé très logique nous semble être la véritable

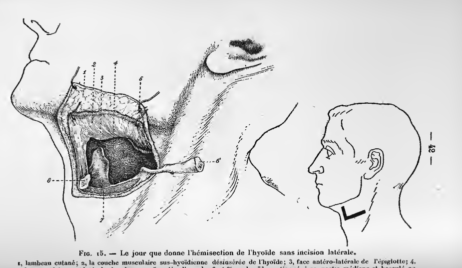


Fig. 15. — Le jour que donne l'hémisection de l'hyoïde sans incision latérale.

1, lambeau cutané; 2, la couche musculaire sus-hyoïdienne désinsérée de l'hyoïde; 3, face antéro-latérale de l'épiglotte; 4, face postérieure et latérale du pharynx; 5, artère linguale; 6 et 6', os hyoïde sectionné à sa partie médiane et basculé en dehors; 7, muscles sous hyoïdiens.

pharyngectomie latérale basse ; il trouve son indication dans les néoplasmes pharyngo-laryngés sus-glottiques. *Le maxillaire constitue la barrière amygdalienne et linguale. L'hyoïde est l'obstacle épiglottique et para-épiglottique.* L'hémirésection du maxillaire s'adresse aux cancers amygdaliens étendus. L'hémirésection de l'hyoïde s'adresse aux néoplasmes situés au-dessous de la base de la langue ; elle est le trait d'union entre les opérations oropharyngées et laryngo-pharyngées.

III. Pharyngo-laryngectomie totale

Nous avons étudié le procédé de Glück qui consiste à faire l'ablation totale du larynx avec une plus ou moins grande partie du pharynx, après exclusion de la trachée par section transversale. Nous avons, à la suite d'une intervention pratiquée par M. Vallas, modifié ce procédé en proposant la section transversale de la trachée seulement après trachéotomie longitudinale basse.

Au point de vue clinique, nous avons réuni en plus des observations anciennes, trente-six observations inédites dans lesquelles les procédés de pharyngectomie que nous avons étudiés ont été pratiqués :

9 cas de pharyngectomie latérale haute par la voie sous-angulo-maxillaire avec 1 mort.

5 cas de pharyngectomie transhyoïdienne avec 1 mort.

5 cas d'hémirésection de l'os hyoïde, 5 guérisons.

19 cas d'hémirésection du maxillaire inférieur avec 7 morts post-opératoires.

La mortalité est due le plus souvent, on peut dire

99 fois sur 100, à la broncho-pneumonie post-opératoire qui survient du quatrième au huitième jour. C'est ce danger qui aggrave le pronostic de ces interventions singulièrement améliorées cependant par la connaissance d'une technique plus connue.

Actinomycose de la face

(Société de Médecine, 9 juin 1902.)

Présentation d'un malade qui fut atteint d'un traumatisme de la face ayant déterminé un hématome. Cet hématome a suppuré et par l'orifice fistuleux s'écoulaient des grains jaunes si caractéristiques que M. le professeur Arloing les montra à son cours. Les signes cliniques de l'affection étaient ceux de l'actinomycose ; le malade a été guéri par l'intervention.

Fracture de la base du crâne avec signes de contusion et de commotion cérébrales ; guérison par la ponction lombaire.

(Lyon médical, 27 novembre 1904.)

Il s'agissait d'un homme de vingt-huit ans qui était tombé sur l'occipital d'une hauteur de 2 mètres environ au-dessus du sol. Après une période de coma de peu de durée, le malade présentait une céphalée intense, une hypéresthésie généralisée extrême, du vertige et des vomissements. Ces phénomènes persistaient avec autant d'acuité quarante-huit heures après le traumatisme. Une ponction lombaire de 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien a fait cesser d'une façon absolue, et pour ainsi dire instantanée, tous les phénomènes.

Le liquide retiré était rosé et contenait de nombreuses hématies crenelées, déformées. Ce cas très intéressant s'ajoute aux faits alors, encore peu nombreux, d'évacuation de liquide rachidien dans les traumatismes du crâne. La pathogénie des accidents relevait de l'hypertension du liquide, puisque l'issue d'une certaine quantité a amené la guérison.

Psychoses d'origine thyroïdienne.

(Communication faite au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Grenoble, 4 août 1904.)

Dans cette communication inspirée par M. le professeur Poncet, nous avons publié l'observation d'une femme de cinquante et un ans sans tare héréditaire ni personnelle nerveuse, qui a vu apparaître des troubles psychiques en même temps que se développait un goître. Ces troubles nerveux consistaient en agitation perpétuelle, hyperexcitabilité du caractère, perte de la mémoire, insomnies, phénomènes qui augmentaient à la période menstruelle.

L'ablation du goître, pratiquée par M. le professeur Poncet, a amené la rétrocession de ces troubles. Ce cas n'est pas isolé. A ce propos nous avons conclu que lorsque des femmes présentent des troubles psychiques, plus ou moins intenses, on doit inventorier l'appareil thyroïdien.

S'il paraît y avoir une relation entre l'état pathologique de la glande et les phénomènes somatiques, il ne faut pas hésiter à recourir au traitement chirurgical, actuellement sans gravité.

Cancer oropharyngé.

(Société de chirurgie, 13 juillet 1905.)

Présentation à la Société d'un malade opéré, deux ans auparavant, par M. Vallas, d'un cancer amygdalien ayant envahi la paroi latérale du pharynx et le voile du palais.

La résection du maxillaire a été faite afin d'enlever ganglions lymphatiques et tumeur en un seul bloc.

Le résultat fonctionnel est excellent, le malade prend tous les aliments, il n'y a aucun trouble phonatoire.

La déformation de la face est à peine visible, les articulations dentaires du côté opposé se superposent exactement, grâce à l'appareil prothétique anté-opératoire du Dr Martin, que le malade a quitté un mois après l'intervention. Le malade revu en 1906 n'a aucune trace de récidive.

II. — CHIRURGIE ABDOMINALE. ORGANES GENITO-URINAIRES.

Incision de Pfannenstiel appliquée à la région sus-ombilicale.

(Communication à la *Société de chirurgie,* février 1907.)

Nous avons étudié sur le cadavre et pratiqué une fois sur le vivant (gastrectomie), l'incision de Pfannenstiel au niveau de la région sus-ombilicale.

Elle est moins séduisante à ce niveau que dans la

région infra-ombilicale (A. Pollosson-Tixier). En effet les intersections aponévrotiques des muscles droits, et la large surface de leurs insertions au niveau de la cage thoracique rend d'une part l'opération plus difficile et plus longue, et d'autre part limite l'étendue de l'écartement musculaire. Toutefois elle donne un jour aussi considérable que la laparatomie médiane, et évite les éventrations post-opératoires. Le couvercle cutané aponévrotique rabattu après l'intervention, et suturé à la lèvre inférieure ne laisse aucun point de résistance moindre. C'est à ce titre qu'elle mérite d'être prise en considération.

Exclusion intestinale.

(Société des Sciences médicales, 18 novembre 1903)

Présentation d'une malade âgée de 65 ans, atteinte d'occlusion intestinale subaiguë par néoplasme de l'S iliaque. Opération en deux temps : anus iliaque.

Deux mois après, anastomose, après section de l'iléon, du bout supérieur grêle au colon pelvien au-dessous de l'obstacle. Fermeture rapide de l'anus caecal. Amélioration considérable de l'état général.

Fibromse multiples de l'utérus.

(Société des Sciences médicales, 20 janvier 1904)

Deux cae de pylorectomie.

(Société des Sciences médicales, 1903.)

Présentation de deux malades (61 ans et 63 ans). Pylorectomisés par M. Delore, pour néoplasmes de

l'estomac avec résultats fonctionnels excellents et amélioration de l'état général.

Pylorectomie.

(Société de médecine, 25 avril 1904.)

Présentation d'une malade âgée de 44 ans, atteinte d'une sténose pylorique néoplasique. Pylorectomie très étendue.

A ce propos nous avons donné la statistique opératoire de M. Delore à cette date : 15 gastro-entéro-anastomoses : 10 guérisons, 5 morts ; 6 pylorectomies : 4 guérisons, 2 morts. Nous concluons en faveur de la pylorectomie comme intervention de choix lorsque le diagnostic et l'intervention sont précoces.

Myomectomie et salpygectomie unilatérale.

(Société de médecine, 18 avril 1904.)

Présentation d'une malade de 40 ans chez laquelle on pratiqua une myomectomie pour un fibrome unique volumineux, mais régulier, faisant corps avec l'utérus. La malade refusa l'hystérectomie, désireuse de se garder la possibilité d'être mère. L'opération a été simple ; elle a été terminée par l'ablation de la trompe droite suppurée. Guérison.

Ablation du cœcum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse pour cancer de l'angle droit du côlon.

(*Société des Sciences médicales*, 6 juillet 1904 ; thèse de Peutot Lyon 1904.)

Il s'agissait d'une malade de 62 ans, atteinte d'un cancer de l'angle droit du côlon. Afin de ne pas laisser en place le cœcum formant véritable cavité close, M. Tixier a pratiqué l'ablation de la terminaison de l'iléon, du cœcum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse. L'opération a été terminée par une anastomose latéro-latérale de l'iléon avec l'anse sigmoïde. Les suites opératoires ont été excellentes. En 1906 la malade était en bonne santé.

Ulcère du duoédnum chez un nouveau-né.

(*Société nationale de médecine*, 12 décembre 1904.)

Présentation d'une pièce provenant d'un nouveau-né mort d'hématémèse quelques heures après sa naissance. L'autopsie a révélé l'existence d'une ulcération unique siégeant sur la première portion du duodénum. L'enfant n'avait pas eu d'asphyxie, ni d'infection intra utérine. La culture du sang a été stérile.

Tumeur probablement d'origine eébacèe siègeant dane la paroi abdominale.

(*Société des sciences médicales*, 16 décembre 1903)

Présentation d'une malade, âgée de trente-quatre ans, portant une tumeur récidivée des téguments de la

paroi abdominale. La tumeur paraombilicale est bosselée, non douloureuse, suintante et du volume de la paume de la main. Son étude histologique a révélé la structure des tumeurs pilo-sébacées du cuir chevelu du type cylindrôme, étudiées par Malassez, Poncet, Bérard et Dor. Ces tumeurs récidivent par contiguité. L'ablation très large empêche la récidive.

Ancienne hernie de l'estomac et de la muqueuse gastrique Abouchement de la muqueuse à la peau.

(Société nationale de médecine, 21 mars 1904.)

Présentation d'une malade âgée de vingt ans, portant depuis l'âge de trois mois, une fistule muqueuse au-dessus de l'ombilic, due à un recessus stomacal. La malade avait eu une hernie épigastrique de l'estomac qui avait guéri par la formation d'un anus gastrique. Cette malade a fait l'objet de recherches physiologiques et pathologiques dont le résumé a déjà été exposé.

Appendicite opérée à la période aiguë.

(Société des sciences médicales, 29 avril 1903.)

Observation d'une malade de vingt-trois ans, atteinte d'appendicite, opérée le septième jour après le début des accidents à cause de la gravité des phénomènes péritonéaux et de l'état général. Il s'agissait d'un péritonite diffuse, à liquide louche sans adhérences. L'intervention a été suivie de guérison.

Résultats de deux splénectomies.

(Société des sciences médicales, 13 décembre 1903.)

Le premier cas concerne une jeune fille de dix-huit ans, splénectomisée pour une maladie de Banti au début. Au moment de l'intervention, les globules blancs étaient de 40.827. Un mois après, ils étaient tombés au nombre de 23.500. La malade est partie convalescente un mois et demi après l'intervention.

La seconde malade a été splénectomisée pour un kyste hydatique de la rate. La guérison a été très rapide.

Rétrécissement syphilitique du rectum.

(Société des sciences médicales, 20 janvier 1904)

Présentation du gros intestin d'une malade atteinte d'un rétrécissement syphilitique du rectum, opérée en 1889 par la rectotomie linéaire, puis par l'ablation totale du rectum en 1892. (Observation dans la. thèse de Gauran).

L'intérêt de cette pièce consiste dans l'atrésie extrême de tout le colon descendant et le colon pelvien, sans trace de lésion en évolution, la lumière du tube digestif ne laissant pas passer le petit doigt.

Résultat éloigné d'une gastrostomie pour cancer de l'œsophage.

(Société de chirurgie, 7 juin 1906.)

Il s'agit d'une gastrostomie en quelque sorte d'urgence, pratiquée il y a neuf mois, par M. Tixier, chez

un malade arrivé au dernier degré de la cachexie. L'intervention a amélioré considérablement l'état général et semble avoir eu une influence heureuse sur l'évolution du néoplasme. Le procédé employé a été celui de Fontan, la bouche est parfaitement continente.

Oblitération du canal de Wirsung dans sa portion vatérienne; dilatation du canal de Santorini; lésion kystique du pancréas; oblitération incomplète du cholédoque.

(Société des sciences médicales, 16 janvier 1907.)

Présentation d'un pancréas ou l'inflammation probablement de l'ampoule de Vater a amené l'oblitération du canal de Wirsung à son embouchure intestinale, une dilatation rétrograde de ce conduit (1 centimètre de diamètre) et des kystes du pancréas. Le canal accessoire de Santonini, dilaté et perméable, suppléait fonctionnellement le Wirsung. L'orifice cholédocien était atrésié, mais perméable. Le canal était très dilaté en amont de l'ampoule. Pas de calculs, pas de tumeurs. Il s'agissait probablement d'une pancréatite par voie ascendante.

Néoplasme vésical. — Pyonéphrose double.

(Société de chirurgie, 9 juillet 1903.)

Présentation de pièces provenant d'un malade âgé de vingt-neuf ans, qui succomba en moins de cinq mois, d'un épithélioma lobulé du type ectodermique corné de la vessie. Les masses ganglionnaires hypogastriques avaient comprimé les deux uretères, très

dilatées en amont. Les deux reins étaient pyonéphrotiques.

Corps étranger de la vessie.

(Société nationale de médecine, 7 mars 1904.)

Il s'agit d'un volumineux calcul développé autour d'une épingle à cheveux. La malade âgée de dix-huit ans, souffrait d'une cystite et d'une incontinence d'urine, due à l'enclavement de la pointe du calcul dans l'urèthre. Le calcul a été enlevé par la cystostomie sus-pubienne, le calcul mesurait 8 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur et 2 centimètres d'épaisseur.

Corps étranger de la vessie.

(Société nationale de médecine, 14 mars 1904.)

Discussion sur le cas précédent.

Cystostomie sus-pubienne pour gros calculs vésicaux.

(Gazette des Hôpitaux, 30 juin 1904).

Il s'agit de deux observations de volumineux calculs vésicaux développés, l'un, autour d'une épingle à cheveux chez une femme, l'autre, autour d'un agitateur en verre de 14 centimètres de long, chez un homme, accompagnés de cystite et d'incontinence d'urine. Nous avons insisté à ce sujet sur la nécessité de la cystostomie sus-pubienne. Celle-ci préconisée par le professeur Poncet, est l'opération de choix. La cystostomie ou taille hypogastrique ne suffit pas ; l'ablation du calcul n'est

pas tout le traitement chirurgical. Il est nécessaire d'assurer le libre écoulement de l'urine, de laisser la vessie au repos pendant un temps plus ou moins long, suivant son degré d'infection et l'état de ses parois. Au bout de très peu de temps d'ailleurs comme la voie uréthrale est libre, la plaie sus-pubienne se rétrécit de plus en plus, et le néo-méat se ferme spontanément.

Les deux malades ont guéri rapidement, sans incidents.

III. — THORAX ET MEMBRES

Du traitement de l'asphyxie par aspiration intra-trachéo-bronchique

(*Lyon Médical*, t. II, 1905, p. 303 ; communication à la *Société de Chirurgie*, 22 juin 1905.)

Au cours d'une résection du maxillaire supérieur pour néoplasme très étendu, le malade, âgé de cinquante-quatre ans, asphyxia par introduction de sang dans les voies respiratoires. Malgré la respiration artificielle, malgré les tractions rythmées de la langue, malgré la trachéotomie, le malade n'avait pu être ramené à la vie. Il était depuis environ cinq minutes en état de mort apparente lorsque nous avons eu l'idée d'introduire par la canule à trachéotomie un tube de caoutchouc plongeant dans la profondeur des voies respiratoires sur une longueur de 12 à 15 centimètres. Pratiquant alors l'aspiration avec une seringue

à hydrocèle, nous avons retiré d'abord un caillot sanguin, véritable moule bronchique de 15 centimètres environ qui, sous l'action du vide, est venu se placer dans le bout inférieur du tube. Cette manœuvre, répétée plusieurs fois, a permis de retirer le sang coagulé qui obstruait les bronches ; à la sixième inspiration, les mouvements respiratoires ont réapparu, et le malade s'est réveillé de sa syncope qui semblait devoir être mortelle.

Cette méthode de l'aspiration, appliquée jadis au traitement de l'asphyxie par immersion, avait été condamnée à la suite des expériences de Troja, et à été remplacée par la méthode de l'inspiration. Notre cas prouve :

1° Que dans tous les cas d'asphyxie par introduction de liquide dans les voies respiratoires, il est nécessaire d'aspirer avant d'insuffler de l'air ;

2° Que le sang introduit dans les bronches de moyen calibre se coagule très vite et obstrue ainsi un champ très étendu de l'hématose.

Nous croyons que cette méthode ne doit pas être oubliée lorsqu'on se trouve en présence d'accidents semblables (immersion, vomissements dans la trachée, introduction de sang). Peut-être serait-il bon, dans les opérations sur la face, le pharynx, etc., et dans la chirurgie intestinale, d'adjoindre àl'instrumentation de la canule à trachéotomie, un tube de caoutchouc passant à frottement dans sa lumière et un appareil aspirateur dont la seringue à hydrocèle me paraît être le plus pratique.

A la suite de cette communication, MM. Vallas,

Vincent, Gouilloud, Gangolphe, Tixier, se sont rangés à nos conclusions.

Observations de mastite puerpérale de gravité exceptionnelle

(En collaboration avec le Dr Trillat ; *Lyon Médical*, 31 mars 1907.)

Nous avons rapporté trois observations de mastite ayant apparu, l'une cinq jours, l'autre vingt jours après l'accouchement, la troisième dans le cours de l'allaitement et s'accompagnant de phénomènes généraux d'une gravité telle que deux fois l'affection a entraîné la mort. Dans deux cas, les accidents généraux sont survenus pour ainsi dire en même temps que les phénomènes locaux : la mort s'est produite dans un cas vingt jours, dans l'autre, neuf jours après le début, au milieu d'un état septicémique sans localisation et malgré un traitement chirurgical énergique. Dans le troisième cas, l'affection a évolué comme une pyohémie atténuée et prolongée avec localisation otitique et encéphalique : la malade a guéri.

Dans les trois cas, l'expression du sein avait été pratiquée avec insistance. Nous croyons que cette manœuvre doit être modérée et à rejeter dans toutes les formes de mastite grave, le traumatisme ne peut qu'exalter la virulence microbienne et multiplier les voies d'absorption.

Le genou dans la coxalgie

(*Lyon Médical*, nos 10 janvier et 17 janvier 1904)

Dans ce travail inspiré par M. Tixier, fait en colla-

boration avec M. Duroux, nous avons étudié la séméiologie du genou dans la durée de la coxalgie en évolution.

A. La *gonalgie* nous a paru relever de plusieurs causes.





Comme l'a signalé M. le professeur Terrier, il existe une *gonalgie statique* : la contracture des adducteurs oblige l'enfant à marcher plus sur son condyle interne, le genou a de la tendance à se porter en dehors. Dans ces cas, la douleur cesse immédiatement par le repos.

La *gonalgie peut être d'origine nerveuse :* les

rameaux articulaires de la hanche ont des origines communes à certains rameaux du genou, plexus sacré, obturateur surtout (recherches de Duzéa et Chandelux).

3° La gonalgie peut être due à des tubercules osseux fémoraux (Lannelongue).

4° Le genou peut être le siège d'une poussée inflammatoire légère (rhumatisme tuberculeux, Poncet et Bérard).

B. Les *déformations* et les *déviations*.

En dehors de toute déviation il existe, chez la plupart des coxalgiques immobilisés, une disparition des saillies du genou : nous avons donné à cette atrophie le nom de *genou plat*.

Cette atrophie se traduit par la diminution du diamètre antéro-postérieur et l'atrophie des condyles fémoraux et du plateau tibial. La rotule est peu développée, quelquefois plus ou moins enfoncée entre les deux surfaces osseuses : *déplacement cunéen de la rotule*.

Le *genu recurvatum* ou *renversement de la jambe en avant* (Lannelongue) se présente chez des enfants *immobilisés en extension* dans des appareils immobiles ou traités par la *méthode de l'extension continue mal appliquée*.

Le *genou en arrière* (Back Knee), résulte d'une inflexion du tibia sur son épiphyse supérieure. Il est rare dans la coxalgie.

Le *genu valgum* se voit lorsque le membre inférieur a été immobilisé en rotation en dehors et que l'enfant a marché.

Le *genu varum* est plus rare.

Nous avons tiré quelques conseils thérapeutiques :

a) La gonalgie statique doit être traitée par le repos et l'immobilisation rationnelle. La plupart des autres gonalgies cessent par le même traitement ; dans certains cas, on peut employer une révulsion légère.

b) L'immobilisation du coxalgique doit être faite avec les précautions suivantes :

1° L'extension continue au lit doit porter sur l'extrémité inférieure du fémur, la poulie de réflexion doit être placée sur un plan horizontal parallèle à celui qui passe par l'articulation du genou.

2° Si le membre inférieur est placé dans un appareil plâtré ou silicaté :

a) Fléchir légèrement la jambe sur la cuisse afin d'éviter le *genu recurvatum*.

b) Veiller à ce que l'appareil ne laisse aucun jeu latéral ou antéro-postérieur (silicate) à l'articulation.

c) Dans l'intervalle qui sépare la pose des appareils, masser légèrement l'articulation, et les groupes musculaires qui prennent insertion sur elle.

Rhumatisme tuberculeux déformant.

(Société nationale de médecine, 21 mars 1904.)

Présentation d'une malade âgée de soixante-huit ans, atteinte de polyarthrites déformantes des articulations phalangiennes des deux mains, coexistant avec un vaste abcès ossifluent du genou gauche.

Elle porte des traces d'ostéite ancienne suppurée tuberculeuse au niveau de la région costale et des deux poignets dont l'une suppure encore.

Fractures de l'extrémité supérieure du radius.
(*Lyon médical* 1905, t. II, p. 405).

Nous avons fait en collaboration avec M. Gazet, une série d'expériences dans le but d'élucider le mécanisme des fractures de la partie supérieure du radius.

Ces expériences ont été faites dans le service de médecine opératoire de M. le professeur Maurice Pollosson, à l'aide de l'appareil de Brossard.

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue plusieurs variétés : la fêlure, la décapitation de la tête, la fracture du col avec éclatement de la tête, la fracture par arrachement.

1° Au point de vue expérimental, les résultats ont été les suivants :

1° Nous n'avons pu obtenir de fractures isolées de l'extrémité supérieure du radius par choc perpendiculaire à l'axe.

2° Nous avons reproduit la fracture typique, ou décapitation de la tête par *choc parallèle à l'axe* (fracture par enfoncement). Le trait passe au niveau du col radial et la diaphyse pénètre plus ou moins dans l'épiphyse.

3° Les fractures par torsion dans la pronation s'obtiennent chez l'enfant et non chez l'adulte ; elles se traduisent par une fêlure longitudinale à ligne courbe, parfois hélicoïdale.

Hygroma suppuré métapneumonique à pneumocoques.
(En collaboration avec M. Hau ; *Société des Sciences médicales* 27 janvier 1903).

Un cas d'ostéomyélite aiguë de l'épine de l'omoplate.
(*Lyon médical*, 1903 p. 323.)

Il s'agit de l'observation d'un homme de quarante-huit ans sans aucun passé pathologique qui présenta une ostéomyélite aiguë de l'épine de l'omoplate avec symptômes typhiques très nets, état général excessivement grave. L'ouverture de la collection et la résection de l'épine de l'omoplate a amené la guérison. Cette observation est intéressante par la rareté de la localisation (9 fois sur 601 cas), spécialement chez l'adulte, par son allure suraiguë, et la guérison par le traitement chirurgical rationnel de toute ostéomyélite, malgré l'état désespéré du malade. L'examen bactériologique a révélé du staphylocoque

Anévrysme artériel du creux poplité; ablation du sac. Guérison.
(*Société de Chirurgie*, 5 juillet 1906.)

Présentation d'un malade opéré d'un volumineux anévrysme artériel du creux poplité chez un malade de quarante-neuf ans.

L'opération a été faite pour ainsi dire à chaud; un médecin avait quelques jours auparavant pratiqué une incision heureusement timide; les caillots avaient oblitéré la plaie, mais le malade avait de la température et des signes locaux d'infection légère. Malgré cela, l'extirpation totale a été suivie d'une réunion par première intention et d'un résultat fonctionnel parfait. On avait pu conserver la grande anastomotique et l'articulaire externe. Ce fait vient à l'appui que la meilleure thérapeutique des anévrysmes est l'extirpation du sac.

Exostose ostéogénique de la partie supérieure de l'humérus.

(Société des Sciences médicales, février 1907.)

Exostose ostéogénique unique de 7 centimètres de longueur. A la coupe, l'exostose était typique : une cavité centrale médullaire renflée et une épiphyse libre où l'on reconnaissait la zone de cartilage entraîné par le développement de l'exostose et qui avait joué le rôle de cartilage de conjugaison. L'humérus droit avait un raccourcissement de 3 centimètres.

IV. OBSTÉTRIQUE

Monstre double thoracopage.

(Société des Sciences médicales, 15 mars 1905. — Thèse de Lafarge, 1905).

Présentation d'un monstre double thoracopage ayant causé une dystocie grave. Nous avons étudié l'anatomie qui présentait quelques points intéressants : un seul cœur, un seul foie, un seul duodénum, deux intestins grêles, deux gros intestins.

Des modes d'intervention employés pour l'extraction de la tête isolée du tronc et retenue dans l'utérus.

(En collaboration avec le Dr Trillat, *in* l'Obstétrique, 1906.)

Nous avons étudié, à propos d'un cas observé à la clinique obstétricale de Lyon et opéré par le professeur Fabre, la conduite à tenir dans les cas de détroncation voulue ou non. Notre étude a porté sur 79 observations dont 5 inédites.

Avant d'aborder la description des différents modes

opératoires, nous avons étudié le mécanisme de l'accident et les conséquences qui en découlent.

Expérimentation. — Nous avons cherché à fixer, par quelques expériences personnelles, la force qu'il faut déployer pour amener la séparation de la tête et du tronc. Nous passons sous silence le manuel opératoire employé et ne donnons que les conclusions.

Un poids de 40 kilogrammes, force souvent atteinte dans la traction sur la tête dernière, suffit à produire au bout de quelques tractions l'arrachement de la tête, mais à la condition que l'on y adjoigne des mouvements d'oscillation dans le sens latéral. Ces mouvements d'oscillation sont souvent nécessaires pour dégager la tête arrêtée au détroit supérieur (manœuvre de pompe), et c'est ce qui explique la fréquence de la décollation lorsque l'opérateur ne songe pas à la manœuvre de Champetier qui permet de faire progresser la tête exactement suivant l'axe du détroit supérieur.

Evolution et complication. — L'*expulsion immédiate* de la tête ainsi isolée dans l'utérus est loin d'être la règle; nous ne l'avons trouvé notée que 14 fois sur nos 79 observations.

L'*expulsion tardive* se fait par macération, ramollis sement des os, contractions utérines.

La *rétention prolongée* est fréquente. Nous avons trouvé des observations où la tête resta dix ans dans l'utérus sans accidents. Mais, le plus souvent, les accidents sont plus précoces et l'expulsion fragmentaire d'une tête retenue trop longtemps dans l'utérus s'accompagne de désordres dus à l'infection ou au corps étranger lui-même.

Les *accidents* que l'on peut observer sont, en première ligne, des *accidents précoces ;* le plus fréquent et le plus redoutable est l'*hémorragie ;* elle entraîne 2 morts sur 3 cas ; le meilleur moyen de combattre la perte de sang trop grande est de faire la délivrance artificielle immédiate avant de tenter l'extraction de la tête fœtale.

Les *accidents tardifs* sont des plus intéressants à connaître ; les os du crâne deviennent des corps étrangers acérés, qui traversent la paroi utérine et créent des fistules diverses. La migration se fait vers la vessie, le péritoine, l'intestin ou le tissu cellulaire de la gaine hypogastrique.

Traitement. — Nous avons recueilli les résultats de 67 observations qui donnent le tableau suivant :

Expulsion spontanée, 14 cas.
Extraction manuelle, 11 cas :
 3 morts.
 4 guérisons.
 4 suites inconnues.
Extraction instrumentale :
 a) Par crochets, pinces, etc., 7 cas :
  5 guérisons.
  2 suites inconnues.
 b) Par forceps, 4 cas : 1 mort.
 c) Par évacuation du liquide céphalo-rachidien, 3 cas :
  3 guérisons.
Craniotomie, 17 cas : 4 morts.
Symphysiotomie, 1 cas : 1 guérison.
Césarienne, 6 cas :
 1 mort.
 3 guérisons.
 2 suites inconnues.
Opération de Porro, 3 cas ; 3 guérisons.
Césarienne suivie de Poro, 1 cas : 1 mort.

Lyon. — Imprimerie A. Rey et Cie, 4, rue Gentil. — 45462